

<https://helda.helsinki.fi>

Aortan dissekoituma - päivystyksen musta joutsen

Niemelä, Pia

2020-10-09

Niemelä , P , Peil , P , Valtola , A , Luukkonen , J , Lehtimäki , T-T & Hämäläinen , S 2020 , ' Aortan dissekoituma - päivystyksen musta joutsen ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 75 , Nro 41 , Sivut 2145-2148 . < <https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL412020-2145.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/321404>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

PIA NIEMELÄ

LL, sisätauteihin erikoistuva lääkäri
KYS, Medisiininen keskus

PEETER PEIL

LL, anestesioologiaan ja tehohoitoon erikoistuva lääkäri
HYKS, Leikkaussalit, teho- ja kivunhoidon tuloksikkö (ATeK)

ANTTI VALTOLA

LL, sydän- ja rintaelinkirurgian erikoislääkäri, vs. apulaisylilääkäri
KYS, Sydänkeskus

JAANA LUUKKONEN

LL, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri, johtajaylilääkäri
Savonlinnan keskussairaala

TIINA-TALVIKKI LEHTIMÄKI

LT, radiologian erikoislääkäri, apulaisylilääkäri
KYS, Kuvantamiskeskus

SARI HÄMÄLÄINEN

dos., sisätautien ja infektiosairauksien erikoislääkäri, apulaisylilääkäri
KYS, Medisiininen keskus

KIRJALLISUUTTA

- Mäkelä T, Satta J. Aortan dissekoitumisen taudinkulku, diagnosointi ja hoitosuunnaukset. Duodecim 2020;136:759–67.
- Erbel R, Aboyans V, Boileau C ym. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014;35:2873–926.



Aortan dissekoituma – päivystyksen musta joutsen

Aortan dissekoituminen on henkeä uhkaava tilanne, jossa aortan seinämäkerrokset irtoavat toisistaan sisäkalvossa tapahtuneen repeämän vuoksi. Klassinen oire on äkillisesti alkava ja dissekoituman edetessä paikkaa vaihtava rintakipu. Tämän oireen puuttuessa diagnoosiin pääsy voi olla haasteellista, sillä oireet tulevat useista eri elinjärjestelmistä dissekoituman sijainnin ja etenemisen mukaisesti. Kuvaamme kaksi potilastapausta, joissa molemmissa klassinen oirekuva puuttui.

Dissekoituma tarkoittaa verisuonen sisäpinnan repeämää, jossa veri pääsee suonen seinämän keskikerrokseen ja muodostaa seinämäkerrosten väliin vaihtelevan mittaisen vääran käytävän eli niin kutsutun ”false lumenin” (1,2). Riskitekijöitä ovat muun muassa korkea ikä, verenpaineauti, ateroskleroosi, olemassa oleva aortan laajentuma, rintakehän vammat ja Marfanin oireyhtymä.

Tyypillinen oire on äkillisesti alkava voimakas rinta- ja selkäkipu. EKG-muutoksia ei välttämättä kehity, joskin ST-nousua voi esiintyä. Muita oireita voivat olla ohimenevä tajuttomuus, kalpea ja kylmänhikinen iho sekä neurologiset puutosoireet (3,4). Potilaan menehtyminen akuutissa vaiheessa liittyy tavallisimmin sydänpussin tamponaatioon, dissekoituman tukkimaan sepelvaltimokiertoa tai akuuttiin aorttaläpän vuotoon.

Dissekoituman tunnistamista vaikeuttavat oireiden moninaisuus ja toisaalta oireiden samankaltaisuus esimerkiksi akuutin sepelvaltimotautikohtauksen ja keuhkoveritulpan kanssa. Tässä artikkelissa esittelemme kaksi potilastapausta, joissa aortan dissekoitumaa ei oireiden alkuvaiheessa osattu epäillä. Tapaukset ovat jääneet potilaita hoitaneiden lääkäreiden mieleen diagnostiikan haastavuuden vuoksi.

Omat potilaat

Potilas 1

81-vuotias mies hakeutui sairaalapäivystykseen ohimenneen puheen puoroutumisen ja oikeanpuoleisen halvausoireen vuoksi. Ennestään hänellä oli verenpaineauti, nivelreuma ja luustoon levinnyt eturauhassyöpä. Päivystyspoliklinikalla diagnosoitiin TIA-kohtaus ja sen etiologiaksi tarjoutui tuore eteisvärinä.

Potilas otettiin neurologiseen jatkoseurantaan päivystysosastolle. Huomiota kiinnitti matala verenpaine (RR 87/51), joka ei reagoanut nestehoitoon. Sydäimestä kuului uusi sivuääni, ja C-reaktiivisen proteiinin (CRP) pitoisuus suurentui seurannan aikana (taulukko 1). Potilaalla oli rintakipua, ja kertaalleen hän pyörtyi vuoteelta noustessaan. Kipu rajautui rintalastan alueelle, ja potilaan mielestä se sopi aiempaan, metastaseihin liittyneeseen kipuun. EKG-muutoksia ei todettu, ja troponiini T:n (Tnt) pitoisuus vastasi potilaan aiempaa tasoa.

Samanlaisia oireita aiheuttaa esimerkiksi akuutti sepelvaltimotautikohtaus.

Matalan verenpaineen, suurentuvan tulehdusarvotason ja sydäimestä kuuluvan uuden systolisen sivuäänen vuoksi pyydettiin ennen kotiutumista kardiologin arvio tilanteesta. Kardiologin tekemässä sydämen kaikututkimuksessa havaittiin kalkkinen aorttaläppä, aorttastenoosi ja nestettä sydänpussissa, mutta ei sydämen tamponaatiota eikä aorttaläpän vuotoa.

Matalan verenpaineen ja suurentuneen CRP-pitoisuuden perusteella työdiagnoosiksi muotoutui septinen bakteeri-infektio. Mikrobilääkitys aloitettiin, ja potilas siirtyi sydänvalvontaan jatkohoitoa varten.

Potilaan verenpaineen taso jäi matalaksi, ja illan aikana hän alkoi valittaa voimakasta ylävatsakipua. Tässä vaiheessa heräsi epäily aortan dissekoitumasta. Potilaalle tehtiin aortan tietokone-tomografia (TT), jossa löydöksenä oli nousevan aortan A-typin dissekoituma (kuva 1). Dissekoituma

TAULUKKO 1.

Laboratoriolöydökset

Potilaiden 1 ja 2 laboratoriolöydökset sairaalahoitoon tullessa ja seuraavana aamuna.

	Potilas 1		Potilas 2	
	Päivystys- poliklinikalla	Seuraavana aamuna	Päivystys- poliklinikalla	Seuraavana aamuna
Hb	115 g/l	108 g/l	140 g/l	146 g/l
Leukosyytit	10,2 E9/l	8,8 E9/l	12,0 E9/l	9,4 E9/l
CRP	22 mg/l	134 mg/l	7 mg/l	14 mg/l
Tnt	49 ng/l	43 ng/l	139 ng/l	469 ng/l
Krea	162 umol/l	113 umol/l	121 umol/l	185 umol/l
aP-laktaatti	-	1,10 mmol/l	-	5,90 mmol/l
aB-pH	-	7,40	-	7,41

Hoidossa olevan potilaan uusiin oireisiin ja löydöksiin on tärkeä reagoida.

tuma eteni molemmin puolin carotis communis -verisuonten alueelle ja ulottui kaiken kaikkiaan läppätasosta munuaisvaltimoihin saakka.

Potilaan ikä, toimintakyky ja luustoon levinnyt eturauhassyöpä huomioiden operatiiviselle hoidolle ei ollut edellytyksiä. Hoitolinjaus oli konservatiivinen ja hyvään oirehoitoon tähtäävä. Potilas siirtyi saattohoitoon, ja hän menehtyi muutaman vuorokauden kuluttua.

Potilas 2

62-vuotias nainen sairasti verenpainetautia ja remissiossa olevaa multippelia myeloomaa. Hän oli kotona asettelemassa verhoja, kun hän tuolilla seisossaan menetti äkkiä tajuntansa. Hän putosi lattialle ja loukkasi päänsä. Kaatumisen jälkeen naisella oli muistikatkos. Hän heräsi kotinsa WC:n lattialta, mutta ei tiennyt, kuinka oli sinne joutunut. Puhelimessa hän valitti tyttarelleen puristavaa rintakipua ja pahoinvointia, joiden vuoksi tytär soitti ambulanssin.

Ensihoidon saavuttua paikalle potilaalla oli puristava rintakipu, ja hän oksensi. Rintakipu helpotti isosorbidinitraattisuihkeella.

Keskussairaalan päivystyspoliklinikalla potilas oli kivuton, mutta huomattavan unelias, ja

hänellä oli edelleen muistikatkos tapahtumiin liittyen. Neurologinen status ja pään tietokonekerroskuvat olivat normaalit. EKG:ssä havaittiin pienet T-inversiot, ja troponiini T:n pitoisuus oli suurentunut (taulukko 1). Keuhkojen makuukuvassa sydämen tulkittiin olevan aiempaan pystykuvaan verrattuna hieman suurempi, mutta koko oli kuitenkin ennallaan noin 2,5 vuotta aiemmin otettuun makuukuvaan (kuva 2) nähden.

Työdiagnoosina oli akuutti sepelvaltimotautikohtaus. Potilas siirtyi kivuttomana sydänvalvontaan odottamaan sepelvaltimoiden varjoaineokuvausta.

Ennen varjoainekuvausta potilaan vointi kuitenkin heikkeni, ja päivystävä sisätautilääkäri arvioi tilanteen uudelleen. Potilaalla ei edelleenkään ollut kipuja, mutta hengitys todettiin rohi-sevaksi ja raajojen ääreisosat viileiksi. Sydämetä kuultiin uusi sivuääni. Tnt-pitoisuus oli edelleen kasvanut, ja verenpainetaso oli aiempaa matalampi (RR 100/60). Seurannan aikana potilaalle oli kehittynyt anuria, ja arteriasta otetussa verinäytteessä todettiin laktatemia.

Sydämen kaikututkimuksessa nouseva aortta oli hieman tavanomaista laajempi (46 mm), ja kolmipurjeisessa aorttaläpässä todettiin minimaalinen sentraalinen vuoto. Sydänpussissa ei todettu nestettä, ja sydämen systolinen funktio oli hyvä. Työdiagnoosina oli edelleen akuutti sepelvaltimotautikohtaus, ja potilas siirtyi tehostetun valvonnan osastolle. Hengitystä tuettiin non-invasiivisella ventilaatiolla.

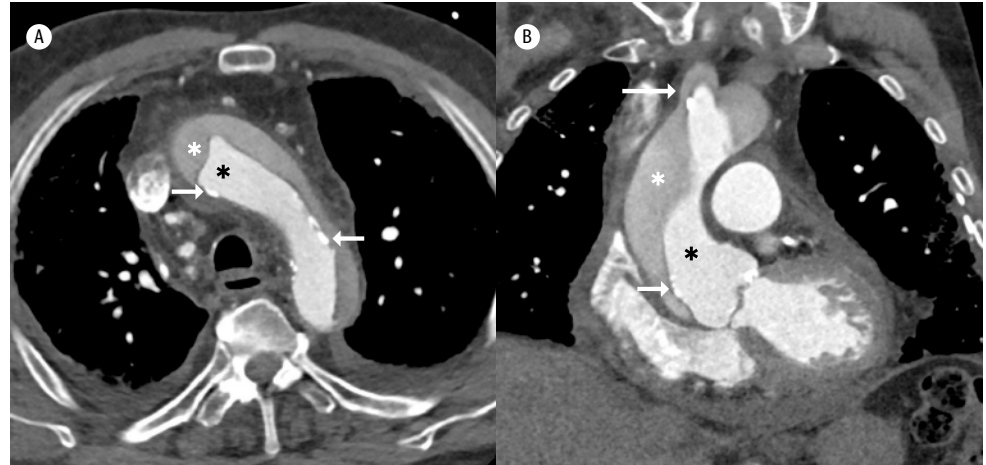
Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa vasemmanpuoleiset sepelvaltimot olivat terveet, mutta oikeaan sepelvaltimeen ei saatu näkyvyyttä. Aortan kine-näkymässä todettiin kohtalainen aorttaläpän vuoto ja aortan tyven leveneminen. Nämä löydökset herättivät epäilyn aortan dissekoitumasta. Päivystyksellisessä aortan TT-tutkimuksessa todettiin A-tyypin dissekoituma. Potilas lähetettiin yliopistoklinikkaan leikkaushoitoa ajatellen.

Ambulanssissa potilas meni elottomaksi. Elvytyksellä sydämen pulsoiva rytmi palautui, potilas intuboitui ja hengitystä avustettiin mekaanisesti. Yliopistosairaalan päivystyspoliklinikalla potilaan verenpainetaso oli matala (RR 70/20) ja hän oli edelleen anurinen. Uudelleen tehdyssä aortan TT-tutkimuksessa varmistui A-tyypin dissekoituma, joka oli edetessään tukkinut oikeanpuoleisen carotis communik-

- 3 Mäkijärvi M, Harjola V-P, Päivä H, Valli J, Vaula E. Akuuttihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim, 20. uudistettu painos 2018.
- 4 Leppäniemi A, Kuokkanen H, Salminen P. Kirurgia. Kustannus Oy Duodecim, 2010, päivitetty 2018.
- 5 Khandheria BK, Tajik AJ, Taylor CL ym. Aortic dissection: review of value and limitations of two-dimensional echocardiography in a six-year experience. J Am Soc Echocardiogr 1989; 2:17–24.
- 6 Iliceto S, Ettorre G, Francioso G, Antonelli G, Biasco G, Rizzon P. Diagnosis of aneurysm of the thoracic aorta. Comparison between two non-invasive techniques: two-dimensional echocardiography and computed tomography. Eur Heart J 1984;5:545–55.
- 7 Taleb NN. The Black Swan: The impact of the highly improbable. Terra Cognita 2007.

KUVA 1.

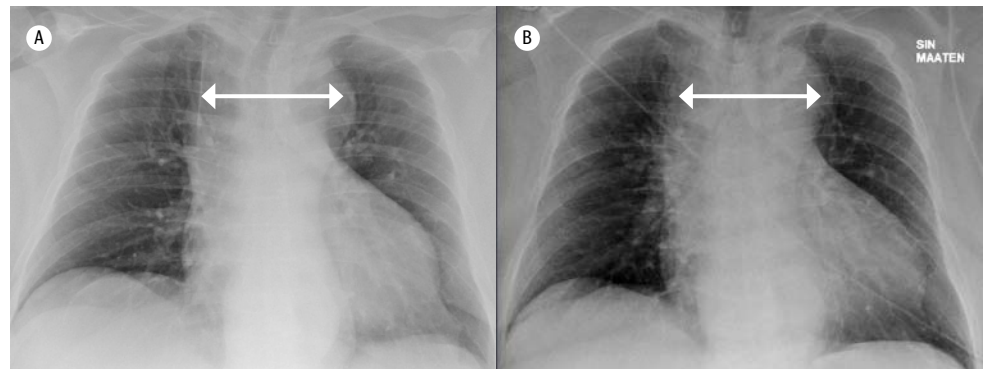
Potilaan 1 aortan TT-tutkimus



TT-tutkimuksen poikkileikesuunnan (A) ja koronaalisuunnan (B) kuvissa nousevassa aortassa ja aortan kaaressa nähdään aortan seinämän sisäkalvon irtoamisesta johtuva vaelumen (valkoiset tähdet). Sisäkalvo nähdään todellisen lumenin (mustat tähdet) ja vaelumenin välissä ohuena, tummempana juosteena, ja siinä on myös valkoisena näkyviä kalkkeja (lyhyet nuolet). Dissekaatio jatkui myös pään ja käden valtimorunkoon (pitkä nuoli), yhteisiin kaulavaltimoihin ja laskevaan aorttaan munuaisvaltimotasolle saakka.

KUVA 2.

Potilaan 2 keuhkojen makuukuvat



Keuhkojen makuukuvat noin 2,5 vuotta aiemmin (A) ja päivystykseen saapuessa (B). Ylämediastinum (nuolet) on molemmissa kuvissa jonkin verran tavallista leveämmän näköinen, mutta myöhemmässä kuvassa se on rinta-aortan dissekaatiosta huolimatta muodoltaan ja leveydeltään ennallaan aiempaan verrattuna. Myös sydänvarjon koko on pysynyt ennallaan eikä keuhkoverekkyyks ole korostunut.

SIDONNAISUUDET

Peeter Peil: Koulutusmatkakulut (BD Bard).
Pia Niemelä, Antti Valtola, Jaana Luukkonen, Tiina-Talvikki Lehtimäki ja Sari Hämäläinen: Ei sidonnaisuuksia.

sen. Dissekoituma jatkui laskevan torakaaliaortan puolelle ja ulottui palleatasoon.

Potilaan tilanne todettiin heikoksi, eikä hänellä ollut enää selviytymisen mahdollisuuksia operatiivisesta hoidosta. Potilaalle tehtiin saatohoitopäätös, ja hän menehtyi saman vuorokauden aikana.

Pohdinta

Aortan dissekoituma on henkeä uhkaava tilanne, jonka ensisijainen diagnoosi on kliininen – oleellista on dissekoituman mahdollisuuden epäily. Haastavuutta lisää se, että samanlaisia oireita aiheuttavat myös monet muut dissekoitumista yleisemmät syyt, kuten tukirankaperäiset oireet, akuutti sepelvaltimotautikohtaus ja keuhkoembolia (1). Virheellinen tulkinta sydäninfarktiksi voi johtaa liuotushoittoon, joka puolestaan voi pahentaa dissekoitumaa tai aiheuttaa koko verisuonen seinämän repeämän. D-dimeerin (FIDD) määrittämisestä ei ole erotusdiagnostista apua, sillä pitoisuus suurenee niin keuhkoemboliassa kuin dissekoitumassakin.

Dissekoituma epäilyn herätessä tulee edetä mahdollisimman nopeasti aortan TT-tutkimukseen. TT-tutkimus onnistuu yleensä kaikissa sairaalapäivystyksissä. Laajan päivystyksen sairaaloissa on yleensä saatavilla myös rintakipu-TT-tutkimus, jolla voidaan yhdellä tutkimuksella diagnosoida ja sulkea pois merkittävä sepelvaltimotauti, aortan dissekoituma ja keuhkoembolia (ns. triple-rule-out).

TT-tutkimuksella dissekoituman laajuus tarkentuu, mikä puolestaan vaikuttaa hoidon valintaan. Stanfordin luokituksen mukaan A-typissä nouseva aortta on dissekoitunut, kun taas B-typissä dissekoituma alkaa vasta aortan kaaresta tai laskevan aortan alueelta. Dissekoitumista noin 70 % on A-tyyppiä (1,2).

Aortan dissekoituman klassisena oireena on pidetty kovaa ja äkillisesti alkavaa rintakipua. Sitä on kuvattu tyypiltään repiväksi tai viiltäväksi, ja jatkuessaan se yleensä vaihtaa paikkaa (1,3). Potilaidemme kohdalla tämä tyyppioire puuttui, ja epäily dissekoitumasta heräsi vasta, kun potilaiden vointi alkoi heiketä.

Molemmilla potilaillamme epäiltiin alkuvaiheessa varsin tavallisia sairauksia, potilaalla 1 ohimennyttä aivoverenkiertohäiriötä ja potilaalla 2 akuuttia koronaaarisyndroomaa. Jälkikäteen ajateltuna molemmilla potilailla esiintyi dissekoitumaan sopivia oireita ja löydöksiä, jotka

muuttuivat dissekoituman etenemisen myötä.

Diagnostiikkaa vaikeutti se, että jatkuva tai paikkaa vaihtava rintakipu ei ollut kummallakaan potilaalla johtava oire. Potilaalla 1 suurentuneen CRP-pitoisuuden tulkittiin aiheutuvan bakteeriperäisestä tulehduksesta, mutta inflammatorinen CRP-pitoisuuden kasvu liittyy sekin tavallisesti aortan dissekoitumaan. Sairaalaan tullessa potilaan 1 munuaisarvo oli aiempaan nähden suurentunut (taulukko 1). Jälkikäteen arvioituna löydös sopii dissekoituman aiheuttamaan munuaisten verenkiertovajaukseen, joka syntyi dissekoituman edettyä abdominaalisen aortan alueelle.

Potilaalla 2 oli sairaalaan tullessa uneliaisuutta ja muistikatkos. Nämä oireet eivät ole dissekoitumalle tyypillisiä, joskin neurologisia puutosoireita tiedetään liittyvän 15–40 %:iin dissekoitumista (2).

Kummallakaan potilaalla ei havaittu sydämen kaikututkimuksessa tamponaatiota. Sydämen transtorakaalisen kaikututkimuksen herkkyyden havaita nousevan aortan dissekoituma on tutkimusten mukaan 77–80 % (2,5,6), mutta normaali löydös ei sulje pois dissekoitumaa. Kummallakin potilaalla oli aortan dissekoituman riskitekijöinä sekä ikä että verenpainetauti.

Aortan dissekoituma on suhteellisen harvinaisen ja seurauksiltaan vakava hätätilanne (2). Tärkein diagnostinen työkalu on kliininen epäily, joka on edellytys diagnoosin varmentaville tutkimuksille. Päivystystyössä aortan dissekoituma vertautuu kirjallisuudesta tunnettuun mustan joutsenen käsitteeseen. Musta joutsen on erittäin epätodennäköinen tapahtuma, jolla on kolme luonteenomaista piirrettä: se ei ole ennustettavissa, sillä on valtava vaikutus kohteeseensa ja sille kyetään jälkikäteen kehittämään selitys (7).

Kuvaamamme potilastapaukset muistuttavat klinikoita siitä, miten vaikeaa lääketieteellinen diagnostiikka välillä on, ja kuinka tärkeää on reagoida jo hoidossa olevallakin potilaalla uusiin oireisiin ja löydöksiin. ●

ENGLISH SUMMARY

www.laakarilehti.fi/english

Aortic dissection – the black swan in emergency services

SARI HÄMÄLÄINEN

Docent, Specialist in Internal
Medicine and Infectious Diseases
Kuopio University Hospital,
Department of Medicine

**PIA NIEMELÄ, PEETER PEIL,
ANTTI VALTOLA, JAANA
LUUKKONEN, TIINA-TALVIKKI
LEHTIMÄKI**

Aortic dissection – the black swan in emergency services

Aortic dissection is a condition in which the inner layer of the aorta tears, causing the inner and middle layers of the aorta to separate. This life-threatening condition can lead to internal bleeding, organ damage, stroke, aortic valve damage and death. Risk factors for aortic dissection include chronic high blood pressure, Marfan syndrome, chest injuries and conditions associated with weakening of the walls of the blood vessels. Aortic dissection is classified as type A or type B, depending on whether or not the dissection involves the ascending aorta. Type A is the more common and more dangerous type and it requires emergent surgery. Diagnosis of aortic dissection is a clinical challenge since the presentation mimics other more common emergency medicine conditions such as acute coronary syndrome, pulmonary embolism and stroke.